



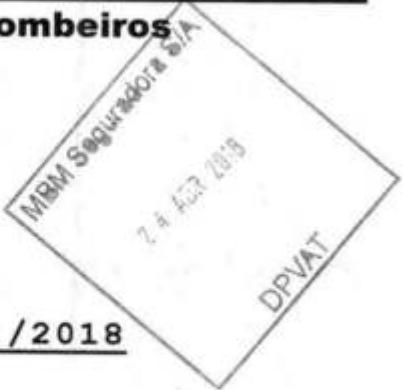
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

COInter/2 – 3º Grupamento de Bombeiros

SERRA TALHADA - PE, 11 de janeiro de 2018.

P/0 Wamley R. Sandoz.

ANDRÉ PEREIRA DA SILVA
Ten Cel BM Cmt 3º GB



CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA N° 003 DOp./2018

O Chefe da Divisão de Operações do 3º Grupamento de Bombeiros do Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Pernambuco, por solicitação da Sr. LUIZ ALVES DE SOUZA, RG 15145 PMPE/SDS CPF 079.657.374-34, residente à Rua Enock Carvalho, 966, Bairro AABB, Serra Talhada-PE, CERTIFICA que foi deslocada a viatura AR 396 da 1ª Seção de Bombeiros, do 3º Grupamento de Bombeiros Serra Talhada-PE, às 16h43min do dia 02 de novembro de 2017, comandada pelo 3º SGT QBMG 1/798238-0 MÁRIO MARQUES DE MELO, para uma ocorrência de ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR (VÍTIMA DE ATROPELAMENTO), sendo vitimado o solicitante, o qual conduzia uma motocicleta marca/modelo Honda CG 150, cor vermelha, placa PEN 4578-PE. O acidente ocorreu na BR 232, São Cristovão, Serra Talhada-PE e a vítima apresentava as seguintes lesões aparentes: ferimento na face, a qual foi socorrida e conduzida ao Hospital Regional Professor Agamenon Magalhães, Serra Talhada-PE, ficando aos cuidados do Dr. Fonseca, CRM 9179, prontuário 079. A presente certidão segue assinada por mim, CAP QOC/BM CARLOS ROBERTO DE SOUZA JÚNIOR, chefe da Divisão de Operações do 3º Grupamento de Bombeiros.



Tarifa Social de Fazenda Elétrica - Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Bairro Recife, Pernambuco - CEP 50002-902
CNPJ 10.825.932/0001-68 | Fone: Ext. 002943-83 | www.capec.com.br

DADOS DO CLIENTE

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA ENOCK ALVES CARVALHO 966

CBP 079-057-374-34

SANTOS-DUMONT/SERRA TALHADA

CH-2017-014

SERRA TALHADA PE

第二章 财务管理

50000-000

Nº DANOTAT/SCX	SÉRIE	EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO	DATA PRÓXIMA PAGAMENTO
006404533	UNICA	30/02/2018	01/03/2018	21/03/2018
ANEXO/NOTA:	Mº DO CLIENTE	Mº DA INSTALAÇÃO	TOTAL A PAGAR (R\$)	
30/02/2018	3000000000000016	3000000000000000		152,80

РЕПЕРИСАЯ ВА МОТА ГИОСЕК

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Abvap(VN)	194.000000	0,98674504	192,73
Contribuição Iluminação Pública			7,98
CMS Subvenção-CDE-NF 00250237-22/12/17			1,52
Multa por abrindo-NF 002622830 - 22/01/18			3,15
Juros por atraso-NF 002622830 - 22/01/18			0,28
Abatimento IGPm-NF 002622830 - 22/01/18			0,16
Desconto APAE - 0800 722 2773			10,00

www.DrFischer

Demonstrativo de consumo desta Nota Fiscal

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DEMONSTRAÇÃO DE CONSUMO						Nº DE DIA	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
		ANTERIOR DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
3152154916	CAL	23/01/2016	4.769,00	20/02/2016	4.779,00	07/03/2016	4.789,00	07	1.00000	-194,00	

2019-07-09 10:30:46

MO 1000 INFORMAÇÕES DA TERRA

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Na área da cultura e da literatura, o Brasil é um dos países mais avançados do mundo. O cinema é considerado como uma das principais formas de expressão artística brasileira, com diretores de renome internacional. Pequenos, mas respeitados, os teatros de São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte são palcos de grande importância. A literatura brasileira é rica e diversificada, com autores como Machado de Assis, Guimarães Rosa, José Saramago, Clarice Lispector, entre outros. O Brasil também é conhecido por sua tradição musical, com gêneros como samba, pagode, axé, funk carioca, MPB, rock e muitos outros.

Não é estranho dizer que 2016, é ano de mudanças. Tudo desceste. As mudanças são as mudanças que o governo quer, que o governo manda, ou que o governo não quer. Aí é que entra o Brasil. O Brasil é um país que não gosta de mudanças. O Brasil é um país que não gosta de mudanças. O Brasil é um país que não gosta de mudanças. O Brasil é um país que não gosta de mudanças.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					NÍVEIS DE TENSÃO		
DURADOURA	MÉDIA ANUAL	LIMITE MENSAL	LIMITE HABITUAL	LIMITE ANNUAL	TENSÃO NÔMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (%)	LIMITE MÁXIMO (%)
SIC TERRA TAI-CHUA	360217	1,73	21,94	42,82	220	203	231
FIC	0,00	1,01	10,24	30,79			
DAMC							

卷之三十一

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
44199000015	03/2018	01/03/2018	152,80

92900000001-3 62800011001-0 53790001910-5 11390417223-4

COMPROVANTE

DATA: 01/08/2014
CNPJ: 30.1.001.0014398-2

FATURA MENSAL DE AGUA E ESCOTO

ANTONIO MARCOS NOGUEIRA DE AGUIAR
R LUIZ ALVES DE MELO LIMA, N. 00850 - ABB SERRA TALHADA PE 56
012-120
INSCRICAO: 139-836-123-0005-665 GRUPO: 9 DEB AUTOMATICO 23897466

LIGADO POTENCIAL 1

01/08/2014 REAL

A12U165250 28/07/2014

AGUA:
LEIT ANT: 587 CONSUMO: 39
LEIT ATU: 626
LEIT FAT: 626

HISTORICO DE CONSUMO
REFERENCIA CONSUMO

06/2014	36
05/2014	28
04/2014	41
03/2014	50
02/2014	36
01/2014	36

MEDIA: 37

OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSENCIA 95% DAS ANOSTRAS EXAMINADAS
(2) OS PARAMETROS COFIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO
RESIDUAL SAO INDICADORES DAS CONDICoes SANITARIAS DA AGUA
(3) OS PARAMETROS COR E TURBIDEZ SAO INDICADORES DAS CONDICoes
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA AGUA

PARAMETROS	NUMERO DE ANOSTRAS			
	EXIG.	PORT.	ANALISES	ATENDEM.
TURBIDEZ	70	70	70	70
COR APARENTE	70	70	70	70
CLORO RESIDUAL	70	70	70	70
COLIF. TOTAIS E COLI	70	70	70	70

DESCRICAO DOS SERVICOS

AGUA	CONSUMO	TOTAL(R\$)
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 - R\$ 30,00 POR UNIDADE	10 M3	30,00
11 M3 A 20 M3 - R\$ 3,44 POR M3	10 M3	34,40
21 M3 A 30 M3 - R\$ 4,09 POR M3	10 M3	40,90
31 M3 A 50 M3 - R\$ 5,63 POR M3	9 M3	50,67

VALORES:

155,97	1,65	2,57
155,97	7,60	11,85
TOTAL A PAGAR: 155,97		

EFECTIVAMENTE: 155,97
Data: 15/08/2014

MENSAGEM:

MBM Seguradora S/A
24/12/2013

DPVAT

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

705344

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Antônio Marcos Nogueira Aguiar inscrito (a) no CPF/CNPJ 503.791.344/20, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jucy Alves de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 079.653.374/34, do sinistro de DPVAT cobertura Sinealeg permanente da Vítima Jucy Alves de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 079.653.374/34, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	Número	Complemento
<u>Rua Jucy Alves de Souza</u>	<u>850</u>	
Bairro	Estado	CEP
<u>AA-BB</u>	<u>PE</u>	<u>56912-120</u>
Email	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)

Sierra Talhada, 26 de Fevereiro de 2010
Local e Data

Assinatura do Declarante

MBM Seguradora S/A
CNPJ 04.343.433/0001-10

DPVAT

Número do Registro: 015763

Data: 03/11/12

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Louiz Alves de Souza

Idade: 67

Sexo: Mas

Cor: Pardo

Estado Civil: Casado

Profissão: Aposentado

Naturalidade: S. Talhada

Nacionalidade: Brasileira

Endereço:

Rua: Enock de Carvalho

Nº: 966 Bairro: AACB

Idade: S. Talhada

Estado: PE

Fone: 99625-3522

Filiação:

Pai: Miguel Alves de Souza

Mãe: Ida Joia de Souza

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

Onita e ondular
rejor na parte dor
costas e de HTE,
sem pressão, dor, deformidade
e nenhuma queixa de cintura
etc.

Hipótese Diagnóstica:

Hipótese Diagnóstica: Doença de HTE (fratura lombar)
deslizamento de disco L5-S1.

Exames Solicitados:

Hemograma

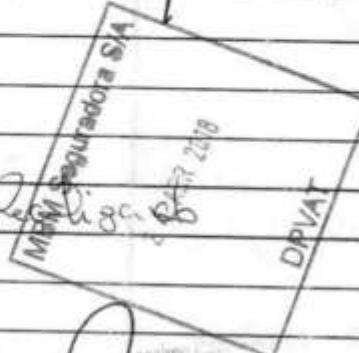
G-6-P

Scer

Urosc

Radiografia PA/Perfil

Radiografia das costas e pélvis



Condições de Alta

Motivo de Alta

Dr. Francisco Anselmo
087 3831-2142

ALTA EM 05/11/12





HOSPITAL
SÃO FRANCISCO

HOSPITAL FRANCISCO ANSELMO LTDA

Rua Vereador Silvino Cordeiro, 384 - AABB - Serra Talhada - PE
Fone/Fax: (87) 3831.3736 / 3831.2142 - CEP: 56.912-110
CNPJ: 41.095.563/0001-98 email: ctf184@hotmail.com

Dr. Ebenone

CLÍNICA

Exame - PM

Número do Registro: 055463

Data: 06/11/07

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Luis Alves de Souza

Idade: 67 Sexo: Masculino Cor: Parda Estado Civil: Casado

Profissão: Aposentado Naturalidade: S. Paulo Nacionalidade: Brasil

Endereço:

Rua: Enock de Carvalho

Nº: 966 Bairro: JABAQUARA

Idade: 5. Sete de Setembro Estado: PE

Fone: 96253528

Filiação:

Pai: Miguel Alves de Souza

Mae: Nís Luis de Souza

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

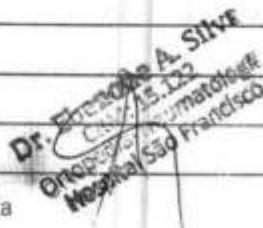
Fracum ventr. em pulso.

Hipótese Diagnóstica:

Int. de pulso

Exames Solicitados:

RX



Condições de Alta

Motivo de Alta

ALTA EM 07/11/07



Cirurgia Realizada:

N.º do Procedimento:

52080102

Data:

06/11/17

Início:

18:00

Término:

Cirurgião:

G. Henrique

1.º Auxiliar:

Ricardo
Silveira

2.º Auxiliar:

Anestesista:

Aline

Ponto

(2) Pausas

(1) Adequou e fez de fôr varas de
fôr mello (2 varas nº 2,5)

(1) Faz fôr mello.

1. *Artemesia* L. - 1000 ft. - 1000 ft.
2. *Artemesia* L. - 1000 ft. - 1000 ft.
3. *Artemesia* L. - 1000 ft. - 1000 ft.
4. *Artemesia* L. - 1000 ft. - 1000 ft.
5. *Artemesia* L. - 1000 ft. - 1000 ft.
6. *Artemesia* L. - 1000 ft. - 1000 ft.
7. *Artemesia* L. - 1000 ft. - 1000 ft.
8. *Artemesia* L. - 1000 ft. - 1000 ft.
9. *Artemesia* L. - 1000 ft. - 1000 ft.
10. *Artemesia* L. - 1000 ft. - 1000 ft.
11. *Artemesia* L. - 1000 ft. - 1000 ft.
12. *Artemesia* L. - 1000 ft. - 1000 ft.
13. *Artemesia* L. - 1000 ft. - 1000 ft.
14. *Artemesia* L. - 1000 ft. - 1000 ft.
15. *Artemesia* L. - 1000 ft. - 1000 ft.
16. *Artemesia* L. - 1000 ft. - 1000 ft.
17. *Artemesia* L. - 1000 ft. - 1000 ft.
18. *Artemesia* L. - 1000 ft. - 1000 ft.
19. *Artemesia* L. - 1000 ft. - 1000 ft.
20. *Artemesia* L. - 1000 ft. - 1000 ft.



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VALIDA EM TUDO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1103410184

NAME
ANTONIO MARCOS NOGUEIRA DE AGUIAR

DOC IDENTIDADE: GIG EMISSOR: UF:
2874255 28P PE

CPF: **DATA NASCIMENTO:**
500.791.544-20 **19/01/1970**

MUNICÍPIO:
EMBERTINO PEREIRA DE
AGUIAR

MARIA DE LOURDES
NOGUEIRA DE AGUIAR

PERMISSÃO: **AC:** **CAT. MOTO:** **AC**

Nº REGISTRO: **01189025369** **VALIDADE:** **16/06/2020** **HABILITADA:** **22/03/1990**

OBSERVAÇÕES:
SEM OBSERVAÇÕES

Declaro que sou proprietário de veículo

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: **FEIRA DA SENHA - PE** **DATA EMISSÃO:** **17/06/2015**

Olímpio

DETAN - PE (PERNAMBUCO)

PERÍODO PLASTIFICAR

1103410184



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180186320 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUIZ ALVES DE SOUZA **Data do acidente:** 02/11/2017 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE PUNHO ESQUERDO

Descrição do exame NÃO HÁ COMO ESTABELECER NEXO DE CAUSA. -
médico pericial:

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA EM 07/11/2018
DIMINUIÇÃO DE FORÇA EM MÃO ESQUERDA, LIMITAÇÃO DA FLEXO-EXTENSÃO DA MÃO

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data da perícia: 05/05/2018

Conduta mantida:

Observações: NÃO APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

NOTA: BOLETIM DE OCORRÊNCIA DATA ACIDENTE NO DIA 02/11/2017 À TARDE E INFORMA QUE A VÍTIMA FOI LEVADA PARA O PRONTO SOCORRO DA CIDADE PELO BOMBEIRO, MAS O BOLETIM DE ATENDIMENTO É DO DIA 03/11/2017, APRESENTA LETRA ILEGIVEL E SOMENTE IDENTIFICO "TRAUMA FECHADO EM HTE". BOLETIM DE ATENDIMENTO DO DIA 02/11 NÃO CONSTA NA DOCUMENTAÇÃO ANEXADA. NÃO HÁ COMO ESTABELECER NEXO DE CAUSA. -

Médico examinador: ANDRE GUSTAVO FERREIRA DE SOUZA

CRM do médico: 19340

UF do CRM do médico: PE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: FABIO S SELERI FERNANDES

CRM do médico: 52.63021-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

De: Aguiar

Rua: Comandante Superior, Nº 595, Centro
Serra Talhada -PE
Cep: 56903-490

DPMAT

V/S Zoparne S MBS

MBM Seguradora S/A
Endereço da Matriz
Rua dos Andradás, 772.
Centro – Porto Alegre/RS
CEP: 90020-004
Aos cuidados do setor DPVAT



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180186320 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUIZ ALVES DE SOUZA **Data do acidente:** 02/11/2017 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/05/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA TORÁCICO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOCUMENTAÇÃO EM ANEXO INSUFICIENTE PARA VALORAÇÃO SEGURA

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: DORIAN BRAGA SARAIVA

CRM do médico: 52.32571-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

A handwritten signature in cursive ink, appearing to read "Dorian Braga Saraiva".

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180186320 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUIZ ALVES DE SOUZA **Data do acidente:** 02/11/2017 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE PUNHO ESQUERDO

Descrição do exame NÃO HÁ COMO ESTABELECER NEXO DE CAUSA. -
médico pericial:

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA EM 07/11/2018
DIMINUIÇÃO DE FORÇA EM MÃO ESQUERDA, LIMITAÇÃO DA FLEXO-EXTENSÃO DA MÃO

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data da perícia: 05/05/2018

Conduta mantida:

Observações: NÃO APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

NOTA: BOLETIM DE OCORRÊNCIA DATA ACIDENTE NO DIA 02/11/2017 À TARDE E INFORMA QUE A VÍTIMA FOI LEVADA PARA O PRONTO SOCORRO DA CIDADE PELO BOMBEIRO, MAS O BOLETIM DE ATENDIMENTO É DO DIA 03/11/2017, APRESENTA LETRA ILEGIVEL E SOMENTE IDENTIFICO "TRAUMA FECHADO EM HTE". BOLETIM DE ATENDIMENTO DO DIA 02/11 NÃO CONSTA NA DOCUMENTAÇÃO ANEXADA. NÃO HÁ COMO ESTABELECER NEXO DE CAUSA. -

Médico examinador: ANDRE GUSTAVO FERREIRA DE SOUZA

CRM do médico: 19340

UF do CRM do médico: PE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: FABIO S SELERI FERNANDES

CRM do médico: 52.63021-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Luiz Alves de Souza brasileiro(a), estado civil: casado
Profissão: Julitator, portador(a) do RG 15.145, órgão expedidor SSP/PE
e do CPF: 019.651.324-34, residente no(a) Trevo Alves Cordeiro
nº 966, bairro: Bento Drumond, município: Serra Talhada / PE.

OUTORGADO:

Nome: Antônio Júlio Viana, brasileiro(a), estado civil: Casado
Profissão: automotora, portador(a) do RG 2.329.155, órgão expedidor SSP/PE
e do CPF: 905.791.344-20, residente no(a) Luz Alves de Oliveira
nº 850, bairro: AABB, município: Serra Talhada / PE.

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, seja depositada em minha conta e não na conta do procurador, da vítima Luiz Alves de Souza.

Local e Data: Serra Talhada, 26 de Fevereiro 2018



Luiz Alves de Souza

Assinatura do outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SERRA TALHADA - PE
Titular: REGINALDO ANÍSIO DA SILVA
Telefone: (87) 38311-924

Reconheço a Firma per Autenticidade de LUIZ ALVES DE SOUZA. Dou Fé. Serra Talhada - PE. Em Teste: ()
da verdade. () Reginaldo Anísio da Silva - Titular. ()
) Maria Lúcia de Sousa - Substituta. Emol.: R\$ 3,39.
TSNR - R\$ 0,60. FERF - R\$ 0,40. ISS - R\$ 0,20.
Selo: 0074872.WEB02201801.03185 26/02/2018 09:19:57
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/seledigital



Rio de Janeiro, 27 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **LUIZ ALVES DE SOUZA**

Nº Sinistro: **3180186320**

Vitima: **LUIZ ALVES DE SOUZA**

Data do Acidente: **02/11/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ANTONIO MARCOS NOGUEIRA DE AGUIAR**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180186320**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 02 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **LUIZ ALVES DE SOUZA**

Sinistro: **3180186320**

Vítima: **LUIZ ALVES DE SOUZA**

Data do Acidente: **02/11/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ANTONIO MARCOS NOGUEIRA DE AGUIAR**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180186320** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoraslider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 14 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **LUIZ ALVES DE SOUZA**

Nº Sinistro: **3180186320**

Vitima: **LUIZ ALVES DE SOUZA**

Data do Acidente: **02/11/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador **ANTONIO MARCOS NOGUEIRA DE AGUIAR**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180186320**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **02/11/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3180186320**

Nome do(a) Examinado(a): **LUIZ ALVES DE SOUZA**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA ENOCK DE CARVALHO nº 966 - AABB - SERRA TALHADA/PE**

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 15145 - SSP**

Data e local do acidente: **02/11/2017 SERRA TALHADA/PE**

Data e local do exame: **05/05/2018 SERRA TALHADA/PE**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA DE PUNHO ESQUERDO

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA EM 07/11/2018

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

DOMINUIÇÃO DE FORÇA EM MÃO ESQUERDA, LIMITAÇÃO DA FLEXO-EXTENSÃO DA MÃO

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

SIM NÃO

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)?

SIM NÃO

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(*)).

Vítima em tratamento

Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela):

10% 25% 50% 75% 100%

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

NOTA: BOLETIM DE OCORRÊNCIA DATA ACIDENTE NO DIA 02/11/2017 À TARDE E INFORMA QUE A VÍTIMA FOI LEVADA PARA O PRONTO SOCORRO DA CIDADE PELO BOMBEIRO, MAS O BOLETIM DE ATENDIMENTO É DO DIA 03/11/2017, APRESENTA LETRA ILEGÍVEL E SOMENTE IDENTIFICO "TRAUMA FECHADO EM HTE". BOLETIM DE ATENDIMENTO DO DIA 02/11 NÃO CONSTA NA DOCUMENTAÇÃO ANEXADA. NÃO HÁ COMO ESTABELECER NEXO DE CAUSA. -

Médico Perito: ANDRE GUSTAVO FERREIRA DE SOUZA CRM:19340/PE

Dr. André Gustavo F. Souza
CREMEPE: 19340/CRM-PB: 8607



Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com nome e CRM

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor "de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

Luiz Alves de Souza
Endereço
Rua Enock Alves Corralho
Bairro
Santos Dumont Cidade
Email

CPF titular da conta
079.657.374-34

Profissão
Militar
Complemento

Número
966

Estado

CEP
56900-000
Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Lider – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO	Name	NRQ
AGÊNCIA	Div	CONTA
NRQ		NRQ
0246	1	14334
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)
		(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Serra Talhada, 26 de junho de 2018
Local e Data

Luiz Alves de Souza
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal







GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 177ª CIRCUNSCRIÇÃO - SERRA TALHADA - DP177ªCIRC
DINTER2/21ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0267000228

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **16/01/2018 às 10:46**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **2/11/2017** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **BR: 232 - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, 1 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
LUIZ ALVES DE SOUZA (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) que estava em posse do(a) Sr(a): LUIZ ALVES DE SOUZA

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

LUIZ ALVES DE SOUZA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **INEZ LIMA DE SOUZA** Pai: **MIGUEL ALVES DE SOUZA** Data de Nascimento: **21/11/1949** Naturalidade: **SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **07965737434 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **MILITAR** Residencial: **RUA: ENOQUE CARVALHO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, 966, BAIRRO AABB - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO /BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

MOTO HONDA CG 150 (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **LUIZ ALVES DE SOUZA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **MOTO HONDA: CG 150, PLACA: PEN:4578, COR: VERMELHA**

Complemento / Observação

NESTA DATA COMPARECEU A ESTA DELEGACIA MUNICIPAL DE POLICIA, O SR: LUIZ ALVES DE SOUZA , COMUNICANDO QUE SOFREU UM ACIDENTE DE TRANSITO, QUANDO,ATRAVESSAVA RUA PROXIMO A

**BR:232 FOI ATROPELADO POR UMA MOTO, QUE CONSEQUENCIA DO ABARROAMENTO PERDEU OS
CENTIDOS E FOI SOCORRIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS, PARA O (HOSPLAN) DESTA CIDADE.**

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

LUIZ ALVES DE SOUZA

(VITIMA)

Luiz Alves de Souza

B.O. registrado por: **FRANCISCO DE ASSIS MORAIS** - Matrícula: **3848876**



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu **REPRESENTANTE LEGAL*** (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima:

Luiz Alves de Souza

CPF da Vítima:

079 657 334-34

Data do Acidente:

02/11/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal:

CPF do Representante Legal:

Email:

Telefone (DDD):

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

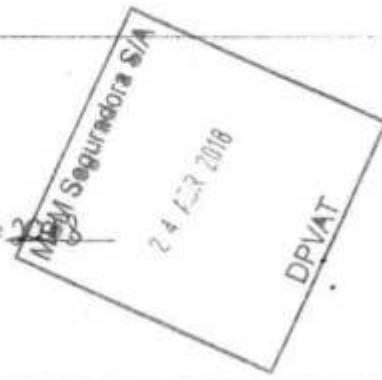
Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT, ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Serão talhados 26 de Encerrado
Local e Data



Luiz Alves de Souza

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal